FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 — N° 251

ÉTAT SINUSIEN AU COURS DE LA LÈPRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 décembre 1961

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CLAUDE GÉRARD

Ancien externe des Hôpitaux de Strasbourg

né le 7 juillet 1931 à DIEPPE (Seine-Maritime)

LYON

1961

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550012_0013

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 — N° 251

ÉTAT SINUSIEN AU COURS DE LA LÈPRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 décembre 1961

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude GÉRARD

Ancien externe des Hôpitaux de Strasbourg

né le 7 juillet 1931 à DIEPPE (Seine-Maritime)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

LYON

1961

Coupe N° 1

Coupe N° 2

Coupe N° 3

ETAT SINUSIEN AU COURS

DE LA LEPRE

Faculté Mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. LEPINE : Doyen Honoraire

M. H. HERMANN : Doyen,
Correspondant de l'Institut.

M. M. LEVRAT, Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique Chirurgicale et Chirurgie Opératoire
CHAMBON	Chimie Organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie Cardio-Vasculaires
CROIZAT	Clinique Médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de Chirurgie Orthopédique et de Chirurgie Infantile
REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
POLLOSSON	Clinique Gynécologique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique Médicale A
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique Stomatologique
BERNHEIM	Clinique Médicale Infantile et Hygiène du premier âge
JOURDAN	Biologie médicale et Pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et Cryptogamie
BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie
ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'Audio-Phonologie
PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique

MM. THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des Membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie Pathologique
GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-Pathologie des Voies Respiratoires
KEHL	Histologie
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des Maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
DORCHE	Technologie Pharmaceutique

Professeurs sans chaire

BANSSILLON	Obstétrique	CHATONNET	Physiologie
ROMAN	Parasitologie	CIER André	Pharmacie & Pharmacologie
BERTOYE	Bactériologie		
CIER J. François	Physiologie	PERROT	Chimie organique & Toxicologie

Maîtres de Conférences-Agrégés

FEROLDI Jacques	Anatomie pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et Médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLLET Jean	Hygiène
GARIN Jean-Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

Agrégés en Exercice

LECUIRE Jean	Chargé d'enseignement	Neuro-Chirurgie
MATHIEU Jacques		Obstétrique
MARION Joseph		Orthopédie
PONT Maurice	Chargé d'enseignement	Propédeutique Médicale
VIGNON Georges	" "	Pathologie médicale
REVOL Louis	" "	Pathologie médicale
JAUBERT de BEAUJEU	" "	Pathologie Chirurgicale

MM. GUILLEMIN Georges	Ch rgé d'enseignement	Propédeutique Chirurgicale
BURTHIAULT René	" "	Obstétrique
FRANCOIS René	" "	Pédiatrie, Puériculture
GUINET Paul	" "	Médecine Générale
SAUTOT Jean	" "	Pathologie Chirurgicale
MARION Pierre		Chirurgie générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie générale
GIGNOUX Marcel		Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine Générale
TRAEGER Jules		Médecine Générale
DEVIC Michel	Chargé d'enseignement	Pathologie Médicale
COLIN Marcel		Médecine Légale
GUYOTAT Jean		Neurologie
DUMONT Martial		Obstétrique
DURAND Louis		Urologie
de MOURGUES Georges		Chirurgie générale
DESPIERRES Charles		Médecine Générale
FRANCILLON Jacques		Chirurgie Générale
TOLOT François		Médecine du Travail
SAUBIER Eugène		Chirurgie Générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
SCHOTT Bernard		Neurologie, Psychiatrie
BONAMOUR Georges		Ophtalmologie

Examinateurs de la Thèse

MM. MOUNIER-KUHN, THIERS, COUDERT, J. GAILLARD.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. MOUNIER - KUHN

Séduit à Strasbourg par sa réputation de chef d'école et par la qualité de son enseignement magistral, nous avons eu la chance d'être accueilli dans son Service.

Sa grande culture médicale, ses talents opératoires prestigieux et son humanisme, nous ont toujours enthousiasmé.

Nous avons été très sensible aux encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer avec bonté et délicatesse.

Nous sommes heureux de lui exprimer, avec notre déférente admiration, notre respectueuse gratitude et notre indéfectible attachement.

Aux Membres de notre Jury

A Monsieur le Professeur THIERS

Nous le remercions de siéger parmi nos juges et l'assurons de nos sentiments profondément respectueux.

A Monsieur le Professeur COUDERT

Nous lui sommes reconnaissant d'accepter d'être notre juge. Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. GAILLARD
oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Nous avons été conquis par sa clarté d'esprit et ses dons didactiques. Nous admirons son dynamisme, l'étendue de son savoir, sa maîtrise opératoire. Qu'il soit assuré de notre grande admiration et de notre déférente reconnaissance.

A Monsieur le docteur H. SERGENT
oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

Au cours d'un bref séjour dans son service, nous avons pu profiter de sa large expérience médicale, apprécier ses qualités didactiques et d'organisation et trouver chez lui des qualités humaines que nous admirons et auxquelles nous restons attachés.

Il a été notre conseiller et notre guide dans ce travail.

Nous le remercions et l'assurons de notre reconnaissance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

externat :

Monsieur le professeur ROEDERER
Monsieur le professeur WORINGER
Monsieur le professeur VAUCHER
Monsieur le docteur KAHN

A Monsieur le professeur VAUCHER
professeur honoraire à la Faculté de Strasbourg

Nous avons été pendant deux ans son interne. Charmé par sa personnalité, conquis par sa clairvoyance, nous avons pendant deux ans profité de son enseignement magistral.

Son humanisme, son active bonté, sont pour nous un exemple.

Il nous a enseigné la sagesse et le calme.

Nous lui resterons toujours profondément attaché.

A Monsieur le professeur P. OUDET

Il nous a enseigné une pneumo-phtisiologie rigoureuse. Nous avons admiré ses qualités didactiques et son sens de l'organisation.

Au docteur J. Cl. LAFON

Nous avons eu la chance d'être son ami en même temps que son élève. Ses conseils nous ont orienté dans la spécialité ; depuis nous n'avons pas cessé d'être conquis par la qualité de son intelligence spéculative et par l'originalité de ses idées. Sa simplicité, son désintéressement, ses profondes qualités humaines nous séduisent. Nous l'assurons de notre reconnaissance et de notre attachement.

A Monsieur le professeur agrégé M. GIGNOUX

Nous admirons le charme de sa personnalité. Il nous a toujours accueilli avec bienveillance. Nous avons été conquis par sa maîtrise opératoire et par le climat de travail détendu qui règne dans son Service.

Nous le remercions respectueusement de l'accueil que toujours il nous a réservé.

Au docteur H. MARTIN
oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Nous avons été conquis par la simplicité et par l'affabilité de son accueil. Il nous a permis de profiter de son lumineux enseignement.

Chirurgien d'un brio peu commun, il réussit une brillante synthèse de la technique, de l'art et des idées.

Sa sensibilité de peintre, ses profondes qualités humaines et son charme personnel , nous ont séduit.

Nous lui sommes reconnaissant et profondément attaché.

A Monsieur le docteur Jacques FONTVIEILLE

Il a guidé nos premiers pas dans la spécialité. Il nous a prodigué son savoir avec le sourire et nous a accordé son amitié bienveillante.

Nous lui sommes particulièrement reconnaissant et lui exprimons notre amical attachement.

Au docteur A. MORGON

Nous avons été très heureux de le rencontrer à l'Institut d'Audio-Phonologie.

Nous avons été séduit par son intelligence, ses qualités didactiques et ses possibilités rapides d'adaptation. Nous l'assurons de notre amical attachement.

A Monsieur le docteur P. TRENQUE

Il nous a fait profiter de son expérience audiologique ; nous l'assurons de nos sentiments amicaux.

A Monsieur le docteur J. REBATTU

A Monsieur le docteur P. MEREAUD

A Monsieur le docteur H. LAFON

A Messieurs les docteurs J. BONNEFOY, H. CAJGFINGER,
L. GAILLARD, J.P. HAGUENAUER,
R. CHARACHON, G. CORNUT,
G. LESNE, M. TASSIN, A. BRISSOT,
J. PRELOT.

A mes camarades de l'Institut d'Audio-Phonologie

Au personnel de l'Hôpital Averroes de Casablanca
qui a contribué à ce travail.

INTRODUCTION

L'existence à Casablanca d'un centre de dépistage et de traitement de la lèpre dirigé par le docteur Rollier a permis au docteur Sergent de faire une étude clinique de la lèpre en otorhinolaryngologie, essentiellement axée sur l'infection des sinus.

Cependant si les signes de la lèpre nasale et bucco-pharyngée sont bien connus et minutieusement décrits, la pathologie sinusienne et ses rapports avec la lèpre avaient à ce jour été peu étudiés.

Or, au Maroc, les sinusites sont plus fréquentes chez le lépreux que dans les autres couches de la population.

Trois problèmes se posent :

1°) s'agit-il de sinusites banales ou au contraire de lésions spécifiques de l'affection causale ?

2°) bien plus quand est-on autorisé à parler de sinusite lépreuse ?

La présence de bacille de Hansen dans le sinus suffit-elle à justifier cette appellation ?

3°) quel traitement apporter à ces affections ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que ce travail a été entrepris. Il succède à une étude antérieure du docteur Sergent et il a été mené à son terme grâce à une subvention de la mission culturelle de l'Ambassade de France au Maroc.

CHAPITRE I

Nous rappelons brièvement le cadre nosologique de la lèpre et la classification anatomo-clinique internationale.

C'est à Armauer Hansen que nous devons, en 1873, la découverte de l'agent pathogène de la lèpre, observé sur des préparations fraiches sans coloration préalable.

C'est à Neisser, en 1879, que revient le mérite d'avoir coloré les bâtonnets mis en évidence par Hansen, par la méthode de Ziehl. Ce bacille de Hansen se présente chez l'homme sous quatre formes bacillaires distinctes désignées par les noms de :

- bacille normal,
- bacille en involution,
- bacille en division,
- bacille en dégénérescence,

auxquelles ont été rattachées des formes anatomo-cliniques de l'affection.

Cependant le critère bactériologique ne saurait à lui seul définir l'affection ni même peut-être expliquer son allure évolutive. En effet, dans de nombreux cas, surtout au début de l'affection, il est impossible de mettre le bacille en évidence quelles que soient les techniques employées.

Par ailleurs les lésions anatomo-pathologiques présentent dans certains cas limites des caractères si peu spécifiques qu'ils ne peuvent à eux seuls étayer le diagnostic.

A cet égard, nous citons Chaussinand qui écrit :

"Le diagnostic de la lèpre n'exige que rarement l'examen bactériologique du malade, car malgré l'aspect varié de ses lésions, la lèpre peut aisément être reconnue par un examen clinique averti et méthodique. Les examens bactériologiques au début se révèlent presque toujours négatifs. Mais l'aspect typique des lésions cutanées, et surtout les troubles plus ou moins prononcés de la sensibilité qui les caractérisent, permettent pratiquement toujours de formuler un diagnostic

clinique. D'autre part, la présence de troubles polynévritiques et l'hypertrophie concomittante des troncs nerveux, facilitent également le diagnostic".

Quoi qu'il en soit, deux arguments font du bacille de Hansen l'élément nosologique unitaire de la lèpre : le bacille de Hansen se rencontre chez l'homme dans les cas de lèpre avérée, des inoculations accidentelles ont de nombreuses fois provoqué l'infection lépreuse.

La forme "border-line", se caractérise par sa malignité, son instabilité. Les examens bactériologiques sont presque toujours positifs, les réactions à la lépromine négatives. L'image histopathologique montre quelquefois dans le même champ la présence de cellules géantes de type tuberculoïde et de rares cellules vacuolaires de Virchow, caractéristiques des lésions lépromateuses. Les frottis de nez sont fréquemment négatifs dans cette forme contrairement aux frottis cutanés.

CHAPITRE II

Classement de nos malades du point de vue de leur lèpre.

Une série de 106 malades lépreux confirmés a été étudiée. Chaque malade a subi :

1) un bilan lésionnel clinique détaillé. Les difficultés linguistiques ont rendu l'anamnèse souvent incomplète.

2) des biopsies cutanées au point d'élection ont été systématiquement pratiquées chez tous les malades. Des frottis bactériologiques leur ont été adjoints pour recherche du bacille de Hansen.

3) des frottis de nez ont été effectués au porte-coton, à l'admission de chaque malade. Cet examen a été répété à intervalle régulier en cours de traitement et a été refait lors du bilan O.R.L.

4) tous les malades ont été testés par la réaction de Mitsuda.

5) une cuti-réaction à la tuberculine a été faite chez tous. Il n'a pas été tenu compte du B.C.G., cette solution n'ayant pas été mise en pratique systématique au Maroc.

6) surtout un bilan sinusien clinique, bactériologique, radiologique et anatomo-pathologique, a été pratiqué. Tous nos malades ont été catalogués en fonction de la classification internationale mentionnée ci-dessus.

Voici les résultats pour une série de 106 sujets :

- lépromateux	:	56
- tuberculoïdes	:	20 dont 1 majeur
- indéterminée	:	1
- "border-line"	:	1
Total		78

28 de ces malades n'ont pu encore être classés, le délai trop court entre leur admission et l'examen O.R.L. n'ayant pas permis la lecture de leur biopsie, ni de la réaction de Mitsuda.

Voici le détail de ces malades en fonction des données des examens complémentaires qu'ils ont subis :

Lépromateux : 56

Mitsuda -	56		100 % -
Cuti +	18		32 %
Frottis nez +	28	cuti + : 9 cuti - : 19	50 %

Dans cette série de 56 lèpres lépromateuses, tous les Mitsuda sont négatifs.

28 malades sont porteurs de bacilles de Hansen sur leur muqueuse nasale soit 50 % des lépromateux.

18 de ces malades ont une cuti-réaction positive, soit 32 % des lépromateux.

Tuberculoïdes : 20

Mitsuda +	12	cuti + : 8 2/3 cuti - : 4 1/3	60 %
Cuti +	14		70 %
Frottis nez +	2		10 %

60 % des formes tuberculoïdes ont donc dans notre série une réaction de Mitsuda positive.

70 % ont une cuti-réaction à la tuberculine positive

10 % seulement sont porteurs de bacilles de Hansen dans le nez.

La proportion des cuti-réactions positives à la tuberculine est à peu près la même dans les formes à Mitsuda positif et dans les formes à Mitsuda négatif chez les lépreux tuberculoïdes.

"border-line" : 1 cas
indéterminé : 1 cas

Mitsuda	-
Cuti	-
Frottis nez	-

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus par Chaussinand à Saïgon, nous sommes frappés par la répartition différente en fonction du type de lèpre. Dans sa statistique les lépreux se répartissent de la manière suivante :

		Mitsuda +
- lépromateux	48 %	0 %
- tuberculoïde majeur	10 %	93 %
- tuberculoïdes mineurs	10 %	92,7 %
- indéterminée	26 %	87 %
- "border-line"	6 %	14 %

Remarques

Un fait important, d'ailleurs classique, ressort de ce dépouillement : les lésions lépromateuses sont pratiquement les seules à fournir les atteintes naso-sinusiennes et à présenter des bacilles de Hansen dans les frottis nasaux. Les résultats de ces frottis s'expriment par défaut puisque certains d'entre eux ont déjà été négativés par le traitement anti-lépreux général. Bon nombre de ces lépreux traités de manière continue et suffisante négativent leurs frottis nasaux aussi bien que leur frottis cutanés après 1 an à 18 mois de traitement. La réapparition du frottis positif reste cependant une éventualité fréquente.

Nous reprendrons ce point de vue important à un double égard :

1°) il ne signifie pas guérison de lèpre puisque chez des malades considérés comme blanchis de leur lèpre par un traitement spécifique de longue durée, les biopsies de foie et de rate, à l'autopsie de malades morts de cause accidentelle, révèlent encore des bacilles de

Hansen (Bru, Rollier, trouvent 33 biopsies de foie positives sur 38 cas).

2°) il faut attacher à ce nettoyage bactérien une grosse importance car l'accord est unanime quant au danger de contagion naso-pharyngien, liée à la projection des sécrétions dans le milieu ambiant.

Cependant le lot de malades examiné présente une certaine hétérogénéité inhérente au stade évolutif de leur affection, et aux modalités thérapeutiques.

Les 106 sujets examinés ont été recrutés dans le service du docteur Rollier à Casablanca. Un certain nombre est constitué par des lèpres de fraîche date, avec des lésions lépreuses à minima, indemne de toute thérapeutique. Un autre contingent comprend des lèpres anciennes mais dépistées récemment et n'ayant bénéficié d'aucun traitement. Le reste comporte des lèpres anciennes déjà traitées avec des thérapeutiques et des résultats divers ; dans ces deux dernières catégories, le stade lésionnel est variable et dépend du type de lèpre, de son évolutivité, du mode de traitement, de sa durée et de la plus ou moins grande résistance à ce traitement.

Voici le détail des malades en fonction du début supposé de leur maladie et de la durée du traitement spécifique qu'ils ont subi. En général le dépistage a marqué le début de la thérapeutique.

<u>Lèpres de moins de 6 mois</u> : 36 cas

Durée de traitement : de 6 jours à 6 mois.

<u>Lèpres de 6 mois à 1 an</u> : 10 cas

Durée de traitement : 6 cas non traités
3 cas traités 1 mois
1 cas traité 4 mois

<u>Lèpres de 1 à 2 ans</u> : 6 cas

Durée de traitement : non traité ou moins de 6 mois : 3 cas
traité 1 an : 1 cas
traitées 2 ans : 2 cas

Lèpros de 2 à 3 ans : 7 cas

Durée de traitement :	non traité ou traité moins de 6 mois	: 2 cas
	traité 1 an	: 3 cas
	traité 2 ans	: 1 cas
	traité 3 ans	: 1 cas

Lèpres de 3 à 4 ans : 8 cas

Durée de traitement :	non traitées	: 3 cas
	traitée 1 an	: 3 cas
	traitée 2 ans	: 2 cas
	traitée 3 ans	: 0
	traités 4 ans	: 0

Lèpres de plus de 5 ans jusqu'à 10 ans : 9 cas

Durée de traitement :	non traitée	: 1 cas
	traitée 1 an	: 3 cas
	traitée 2 ans	: 1 cas
	traitée 3 ans	: 3 cas
	traitée 4 ans	: 1 cas

L'âge de la maladie a donc pu être déterminé dans 76 cas ; l'interrogatoire ou une anamnèse insuffisante n'ont pas permis de classer les 30 malades restant en fonction de ce critère.

CHAPITRE III

Les signes fonctionnels.

Nous consacrons un court chapitre aux signes fonctionnels de la lèpre naso-sinusienne pour les raisons suivantes :

1) la plupart de nos malades ont été recrutés dans un service de dépistage et de tri de lépreux à un stade variable de leur évolution. Ce sont bien rarement des signes de la sphère O.R.L. qui les ont amenés à consulter. Souvent l'état avancé de leur maladie ne les portait pas à prêter attention à une symptomatologie pour eux accessoire. Il s'agit d'examens O.R.L. systématiques chez des lépreux examinés dans le service du docteur Rollier.

2) la plupart des cas étaient constitués par des lésions chroniques ou subaigues, avec une symptomatologie atténuée.

3) le niveau linguistique et culturel de la majorité des malades ne permet pas un interrogatoire détaillé. La psychologie du marocain le porte soit à une négligence totale des signes subjectifs, soit à une exagération systématique des symptômes ressentis. La croyance magique en la valeur thérapeutique de l'acte médical quel qu'il soit rend difficile l'interprétation des conséquences thérapeutiques sur les signes fonctionnels.

En outre, chez ces malades chroniques, la symptomatologie sinusienne est bien souvent intriquée avec la symptomatologie nasale. Aussi ferons-nous une étude analytique d'une symptomatologie à la fois nasale et sinusienne.

Voici quels furent les symptômes les plus fréquemment rencontrés :

1° Les céphalées chez nos malades ont été fréquentes. Nous les avons rencontrées trente fois chez nos 106 malades. Il s'agissait le plus souvent de céphalées fronto-orbitaires ou occipitales permanentes avec paroxysmes provoqués par la mobilisation de la tête. Seulement 1/3 des malades examinés se plaignait de ce symptôme.

24 fois ces céphalées se sont accompagnées de vertigos. Leur

début remontait bien souvent à de nombreux mois, parfois à quelques années.

Dans bien des cas elles s'aggravaient avec les épisodes d'obstruction nasale.

Trois hypothèses ont été soulevées quant à leur étiologie. Dépendent-elles de la lèpre, du traitement spécifique anti-lépreux ou du facteur naso-sinusien associé ? Nous avons recherché l'association vertiges-céphalées en fonction de l'âge de la lèpre chaque fois que cela a été possible. Voici les résultats :

- Lèpres	de 6 mois	36 cas	I7	céphalées,	vertiges
- "	1 an	10	3	"	"
- "	2 ans	6	1	"	"
- "	3 ans	7	0	"	"
- "	4 ans	8	2	"	"
- "	au-delà	9	5	"	"

Or,

a) un certain nombre de lépreux porteurs de céphalées n'ont pas subi de traitement spécifique anti-lépreux.

b) un certain nombre de lèpres anciennes concernant des malades présentant des lésions naso-sinusiennes importantes.

c) un traitement symptomatologique banal des sinusites associées ont amené une disparition ou une amélioration notable des signes fonctionnels.

Ce résultat a été encore plus sensible chez 16 malades qui ont été drainés par des cathéters en polythène qui ont permis des lavages tri-quotidiens avec instillation in situ d'antibiotiques.

Cependant il reste à expliquer une discordance entre la fréquence des céphalées chez les lépreux récents alors que les sinusites bactériologiquement confirmées sont relativement plus rares.

On note par ailleurs que nombre de malades porteurs confirmés de sinusites n'ont pas présenté de céphalées.

2° Les vertiges ont été retrouvés vingt six fois chez nos 106 malades. Il s'agit plus de sensations vertigineuses que de vertiges vrais, provoqués par les mouvements de la tête ou par la position déclive.

Ces vertiges ne s'accompagnent pas d'atteinte auriculaire, chez aucun de nos malades des signes labyrinthiques spontanés ont été trouvés. Les réactions provoquées n'ont pas été recherchées.

Le drainage des sinus a considérablement atténué ce symptôme et l'a même souvent fait disparaître.

Dans 4 cas, qui ont subi une cure radicale des sinus maxillaires, ces vertiges ont disparu.

3° Les épistaxis

Bien que classiques dans la lèpre nasale, les épistaxis n'ont pas eu chez ces malades une grande fréquence ; deux malades seulement sur les 106 ont consulté pour épistaxis abondante en rapport avec une hyperhémie de la muqueuse de la cloison et une dilatation de la tache vasculaire de Kisselbach. Cinq malades porteurs des perforations basses de cloison présentaient une tendance hémorragique sur les bords de leur perforation. Un malade porteur d'une sinusite purulente évidente a fait des épistaxis à deux reprises. Par contre, l'arrachage et le nettoyage des croûtes a volontiers provoqué des hémorragies de la muqueuse sous jacente. Les ponctions de sinus maxillaire ont fréquemment et aisément été hémorragiques. Il semble, en conclusion, que les épistaxis dues aux sinusites de la lèpre soient rares.

4° Fétidité nasale et buccopharyngée

Nous avons été frappé par la rareté de la fétidité nasale chez nos malades malgré l'importance de l'atrophie muqueuse et l'abondance de croutes. Même les cas où le bacille de Frisch ou le Klebsiella ozenae ont été trouvés, la fétidité a souvent fait défaut. Dans quatre cas seulement dans la série de 106 malades, la fétidité a pu être retenue. Elle semblait être sous la dépendance de la flore de surinfection.

5° Obstruction nasale

La sensation d'obstruction nasale a été relevée dans quinze de nos cas. Cette sensation d'obstruction semble relever de deux ordres de faits :

a) l'obstruction mécanique par les croûtes,

b) l'atrophie muqueuse qui, en élargissant le canal aérien, le courant aérien restant ce qu'il était, donne une sensation de diminution du début de l'air circulant.

6° Reflux des liquides par le nez

Dans 3 de nos cas, les lésions lépromateuses du nez se sont associées à des perforations du voile entraînant au cours de la déglutition, un reflux des liquides par le nez.

CHAPITRE IV

Signes physiques rencontrés au cours des sinusites des lépreux.

1) Dans les cas de lèpre lépromateuse au début, ou dans les cas de lèpre tuberculoïde, l'examen rhinoscopique n'a bien souvent montré qu'une pituitaire hyperhémique particulièrement au niveau des cornets moyens et de la cloison.

Dans 2/3 des cas où une sinusite a pu être mise en évidence radiologiquement un bouchon de muco-pus a été trouvé au niveau du méat moyen. Dans ces cas les croûtes ont été rares.

Dans le nez les lésions trouvées n'ont présenté bien souvent aucun caractère spécifique.

Les frottis de muqueuse examinés n'ont le plus souvent pas montré la présence de bacille de Hansen.

2) A un stade plus avancé, dans les formes lépromateuses sont apparues sur la cloisons et les cornets, des petites saillies irrégulières confluentes, gris jaunâtres, molles, assurant une jonction entre la cloison et les cornets inférieurs gênant la vue du méat moyen. Des filets de pus ont fréquemment été trouvés au niveau du cavum et sur la paroi postérieure du pharynx.

3) A un stade encore plus avancé, la pituitaire s'atrophie, se dessèche. Des croûtes abondantes, mellicériques ou brunâtres, recouvrent cette muqueuse, lui adhèrent souvent intimement, leur arrachage provoque des épistaxis, mais bien souvent elles recouvrent un enduit muco-purulent épais, visqueux, qui facilite leur décollement. L'obstruction quasi totale de la narine et du cavum par ces croûtes n'est pas rare. Après un décapage soigneux et prudent, l'atrophie narinaire permet une large vue sur le cavum, lui-même siège de croûtes abondantes mais plus disséminées qu'au niveau du nez. Ce décapage permet d'apprécier l'état de la muqueuse et du squelette nasal. Les ulcérations muqueuses sont fréquentes surtout à la partie basse de la cloison qui se ramollit et se perfore. Ces perforations de taille variable, souvent étendues, ont des bords épais,

irréguliers ; les destructions totales de la cloison cartilagineuse, ne sont pas rares. Dans quelques cas nous avons noté des ulcérations muqueuses peu importantes associées à des ramollissements du cartilage beaucoup plus avancé. Les lésions des cornets semblent, dans nombre de cas, évoluer selon le même processus, aboutissant à des atrophies d'importance variable pouvant aller jusqu'à la disparition de la tête du cornet inférieur. Simultanément se développent des synéchies nombreuses, mal systématisables, entrainant des sténoses vestibulaires serrées et des obstructions choanales rarement complètes. La destruction des cartilages aggrave encore dans six de nos cas, la sténose vestibulaire. C'est dans les cas de rhinite croûteuse associée ou non à des destructions du squelette naso-sinusien cartilagineux et osseux que les découvertes bactériologiques et radiologiques ont été les plus intéressantes. Notre attention a été frappée par le parallélisme entre l'état clinique naso-pharyngé et en particulier entre la présence de croûtes et de pus et la présence de bacille dans le nez. Présence de croûtes ne signifie pas présence de Hansen mais forte probabilité. C'est par ailleurs chez ces malades que nous avons rencontré le plus grand nombre de sinusites contrôlées radiologiquement et bactériologiquement. Voici les résultats obtenus en fonction de la présence ou de l'absence de croûtes et en ne tenant compte dans l'énumération des sinusites que de celles où l'examen direct ou la culture ont permis de mettre un germe en évidence.

46 fois présence de croûtes dont 4 fois en faible quantité, soit dans 43 % des cas,

28 fois positivité des frottis dans le nez soit dans 66 % des cas.

16 sinusites avec germes à l'examen direct ou à la culture, soit 1/3 des cas.

12 fois association : Hansen ou frottis
Croûtes nasales
Sinusites

<u>Absence de croûtes</u>	12 fois
Frottis +	2 fois
Sinusite	1 fois

La sinusite ne s'accompagnait pas de frottis nasal positif.

Cette série de malades comporte les 56 lépromateux, la lèpre "border-line" et la lèpre indéterminée.

Atteinte osseuse sinusienne

Chez quatre de nos malades porteurs de lésions lépromateuses avancées, l'atteinte de la branche montante du maxillaire et des os propres a entrainé un effondrement de la pyramide nasale.

Nous avons recherché chez eux l'atteinte de la paroi interne du sinus. Ce n'est qu'après décapage soigneux des croûtes que sous une muqueuse atrophique et ulcérée nous sont apparues des parois osseuses atrophiques, détruites à l'emporte-pièce. Le trocard à ponction passait librement, la ponction a ramené des croûtes et du pus. Une vingtaine de fois au cours de la ponction l'os des parois sinusiennes s'est avéré friable, peu épais. La régénération osseuse s'est effectuée lentement comme l'ont prouvé des ponctions ultérieures. Ces arguments prennent de l'importance car il nous a semblé que racialement chez le marocain, la paroi osseuse des sinus est épaisse, l'os compact dur. Cette impression de fragilité osseuse chez le lépreux a d'ailleurs été confirmée en cours d'intervention. Les biopsies pratiquées à cette occasion ont montré l'atteinte lépromateuse de l'os, associée à une raréfaction osseuse de type ostéoporotique.

Sensibilité de la pituitaire.

Il ne nous a pas semblé, au cours de l'examen de nos 106 malades, que la sensibilité au contact et à la douleur de la pituitaire soit sensiblement différente chez le lépreux de celle des sujets normaux. L'attouchement au porte-coton provoque comme chez le sujet normal une légère douleur, ainsi que des réflexes vaso-moteurs, sternutatoires et lacrymaux.

L'examen radiologique a été très important et nous a fourni des renseignements souvent plus précieux que l'examen clinique. Nous avons fait pour chaque malade suspect de sinusite ou chez qui un barbotage des sinus a ramené un liquide porteur de germes, une radiographie simple, face et profil, des sinus. Lorsque le film standard a révélé une anomalie radiologique, les malades ont été ponctionnés, et leurs sinus ont été drainés avec un fin cathéter en polythène qui a permis le remplissage des sinus par une substance de contraste hydrosoluble. Un groupe de malades a été lipiodolé dès la première ponction, d'autres l'ont été

après drainage des sinus et lavages tri-quotidiens avec instillations d'antibiotiques in situ.

Pour une dizaine d'entre eux des lipiodols ont été effectués après 10 jours de traitement local.

Nous nous sommes demandé, dans l'interprétation de nos résultats radiologiques, si le cathéter ne jouait pas dans le sinus un rôle de corps étranger et s'il ne pouvait être responsable d'image d'épaississement muqueux. Dans un travail antérieur, le docteur H. Sergent, a répété chez le même sujet, les lipiodols à quelques mois d'intervalle, le sujet n'étant porteur de cathéter, au cours du 2ème examen, que pendans quelques heures ; les images radiologiques ont été superposables. Par ailleurs la comparaison des clichés simples et des lipiodols sinusiens fournit dans 80 % des cas des résultats comparables à une approximation près. Le produit iodé, il s'est agi de lipiodol hydrosoluble , s'est avéré bien toléré chez nos malades. L'allergie ne semble pas avoir joué de rôle dans la constitution des images radiologiques. Les films lipiodolés ont été pris, le sujet debout, une face et un profil sinusien ont été tirés. Nous nous sommes efforcés de pratiquer l'injection de lipiodol à pression constante dans le sinus. Cette technique nous a permis une étude précise en particulier du bas fond sinusien, du volume de la cavité sinusienne et surtout de l'épaisseur et de la morphologie de la muqueuse sinusienne. Par ailleurs, bien qu'accessoirement, il n'est pas exclu que le lipiodol ait joué au niveau des sinus, un rôle antiseptique identique à celui que certains auteurs lui concèdent au niveau des bronches.

Nous rappelons brièvement les images radiologiques obtenues :

a) sur le cliché simple :

8 fois sur 26 clichés demandés, la cavité sinusienne s'est avérée obscurcie par un voile homogène, souvent plus dense à proximité des parois,

5 fois nous avons observé des opacités localisées, soit pariétales, soit en grelot.

Dans un cas seulement l'image d'un kyste para-dentaire nous a orienté vers l'étiologie probable de la sinusite,

3 fois un voile un peu dense ayant fait dire image sinusienne sub-normale, s'est accompagné de résultats bactériologiques en faveur d'uns sinusite.

7 images radiologiques ont été qualifiées de normales alors que trois fois la sinusite a pû être affirmée bactériologiquement.

2 fois une image de voile homogène ne s'est pas accompagné de sinusite. Dans ces deux cas, les parois sinusiennes appréciées sur le cliché de face, étaient épaisses.

La radiographie simple nous a également permis d'apprécier grossièrement l'épaisseur et l'intégrité des parois sinusiennes. Elle a confirmé la fréquence de l'aspect ostéoporotique de la paroi interne du sinus. Il n'a pas été possible sauf, dans deux cas, de soupçonner des lésions ostéitiques des parois.

b) Le lipiodol sinusien a permis dans deux cas d'affirmer l'exclusion du sinus qui à l'intervention se sont avérés bourrés de caséum et de pus.

Il a précisé l'épaisseur de la muqueuse, la forme de ses contours et par rapport à la radiographie simple a individualisé avec plus de précision le volume de la cavité sinusienne. Son intérêt a été grand pour préciser l'état de la muqueuse après cathétérisme prolongé du sinus et évacuation du pus qui s'y trouvait enfermé. C'est sur cet examen que nous avons posé nos indications opératoires chez les malades qui ont présenté une sinusite à germe banal sans présence concomittante de Hansen dans le sinus. Cependant, il faut se souvenir qu'il n'y a pas toujours correspondance entre l'image radiologique et la lésion anatomique. Nous l'avons vu dans l'énumération de nos résultats : 2 images sur 8 de voile sinusien ne correspondaient pas à une atteinte sinusienne après trois contrôles bactériologiques pratiqués sur liquide de barbotage. Trois images d'aspect normal ont dissimulé des sinusites confirmées. C'est dire tout l'intérêt de la ponction transméatique qui a été l'examen de base permettant d'affirmer la sinusite.

La ponction transméatique.

Nous l'avons fait subir aux 106 malades de la série en même temps qu'un frottis de muqueuse nasale était effectué homo-latéralement.

Lorsque le nez était cliniquement propre une simple désinfection à l'alcool du méat inférieur l'a précédée. Dans les autres cas un nettoyage de croûtes a été systématiquement effectué. Ces ponctions ont été effectuées avec des trocards stérilisés au Poupinel. Un barbotage de sinus au sérum stérile a été pratiqué à la seringue. Lorsque le barbotage ramenait un liquide eau de roche, trois seringues de sérum ont été utilisées et la troisième a été prélevée pour culture. Le détail des examens bactériologiques fera l'objet d'un chapitre ultérieur. Trois cas se sont présentés :

1) la ponction a remené du muco-pus. Même lorsque ce muco-pus s'est avéré stérile à l'examen direct et à la culture, cette réaction muqueuse sinusienne a été considérée comme sinusite.

2) la ponction ramène du pus franc ou un liquide louche,

3) le liquide prélevé est eau de roche et ce sont les critères bactériologiques qui fondent le diagnostic.

CHAPITRE V

Technique d'examen bactériologique

1) Tous les malades de la série ont été l'objet d'un frottis nasal. Le prélèvement au porte-coton stérile a été effectué au niveau des lésions lépromateuses après décapage des croûtes lorsqu'elles étaient trop importantes, dans les autres formes au niveau de la muqueuse hyperhémiée, souvent sur la cloison. Un étalement sur lame a été effectué, suivi d'un séchage, puis d'une fixation à l'alcool - éther et coloration par la solution de Ziehl.

2) Tous ces malades ont subi une ponction barbotage de sinus du même côté que le prélèvement nasal. Cette ponction a été effectuée après désobstruction narinaire par l'oléosorbate et les lavages salés qui ont permis l'ablation des croûtes. Le méat inférieur a été passé à l'alcool préalablement à la ponction. Un lavage poussé du sinus au sérum physiologique stérile a été fait. Trois éventualités ont été rencontrées :

a) un bouchon muqueux est extrait et prélevé aseptiquement,

b) du pus franc, ou un liquide louche est prélevé,

c) la ponction ramène un liquide eau de roche, sans culot, le lavage est alors poursuivi avec trois seringues, le liquide de la troisième seringue est prélevé et envoyé aseptiquement au laboratoire.

Les liquides louches ont été centrifugés.

Les liquides eau de roche ont été l'objet d'ensemencement direct.

Des étalements sur lames à partir du culot ont été effectués et ont été colorés selon les techniques de Ziehl, Giemsa et Gram. Des ensemencements systématiques sur les milieux suivants ont été faits :

a) Milieu de Truche liquide à base de tryptose phosphate (Broth Difco) dont voici la composition :

bactotryptose	20 gr
bactodextose	2 gr
Na Cl	5 gr
$Po^3 Na^2$	2 gr, 50
eau distillée	1.000 gr

b) Milieu "coeur cerveau" de Difco selon les proportions ci-dessous définies :

cerveau de veau	200 gr
coeur de boeuf	250 gr
protéose peptone Difco	10 gr
Cl Na	5 gr
bactodextrose	2 gr
Po^3 Na^2	2,gr 50

Des repiquages ont été pratiqués pour isoler les germes et assurer leur identification.

1°) Résultats globaux des frottis nasaux

Sur les 106 malades explorés, 35 ont eu des frottis de nez avec présence Hanson, 6 d'entre eux seulement étaient porteurs de bacilles de Hansen dans leur sinus et dans leur nez.

2°) Résultats globaux concernant la flore sinusienne

Voici la répartition des germes trouvés dans les liquides de barbotage, soit après examen direct, soit après culture, la classification se basant sur l'ordre de fréquence :

- staphylocoque doré	31/106
- entérocoque	4 "
- Klebsiella ozenae	3 "
- bacille de Frisch	3 "
- streptocoque hémolytique	2 "
- pneumocoque	1 "
- aérobacter	1 "
- tétragène	1 "
- bacille Hansen	6 "

3°) Résultats en fonction de la lèpre nasale

Nous avons recherché quelle était la proportion des sinusites à germes banaux chez les malades porteurs de frottis nasaux avec présence de Hansen et chez les autres.

Chez les sujets indemnes de Hansen dans le nez, 21 souffraient d'une sinusite dont 5 avec présence macroscopique de muco-pus à la

ponction, 16 présentaient un liquide eau de roche. Par contre les clichés radiologiques, et particulièrement les lipiodols sinusiens traduisaient un épaississement de la muqueuse chez ces malades, qui ont subi,nous y insistons,un lavage avec trois seringues de sérum physiologique stérile. Chez les porteurs de Hansen dans le nez, soit chez 35 malades on note 15 sinusites dont 6 avec muco-pus et 9 sans muco-pus macroscopique. Les proportions sont donc les suivantes : 21/71 pour les sujets vierges soit 30 % et 15/35 pour les sujets porteurs de bacille dans le nez, soit 50 %.

Il semble donc possible de conclure au rôle favorisant de la présence de bacilles dans le développement des sinusites à germes banaux chez le lépreux.

Deux facteurs peuvent intervenir dans cette constatation :

a) la présence de bacille, presque exclusivement dans les formes lépromateuses, signe d'évolutivité de la lèpre.

b) l'existence de déformations et de destructions nasales favorise mécaniquement la stagnation et le développement des germes endosinusiens.

En outre on constate globalement une sinusite chez 1/3 des lépreux ; ces résultats sont nettement supérieurs à ceux obtenus chez les malades non lépreux au Maroc, bien que la sinusite soit dans ce pays une affection fort répandue. Six malades sur les 106 se sont avérés intéressants par la présence de Hansen à la fois dans le nez et dans le sinus. Voici comment se répartissent ces 6 malades :

- 3 de ces malades présentaient des sinusites à germes banaux associés,

- 3 de ces malades ont été opérés à des fins biopsiques, les trois autres ont regagné leur foyer et n'ont pas répondu aux convocations qui leur ont été adressées en vue d'une intervention.

- 2 avec muco-pus,

- 1 sans muco-pus.

Chez les trois autres, l'examen bactériologique des liquides de barbotage s'est révélé stérile.

Nous avons repris les résultats bactériologiques et cliniques en fonction du type de lèpre. Voici nos conclusions : sur 58 lèpres lépromateuses d'âge variable, 19 présentent des sinusites bactériologiquement contrôlées. Parmi ces 19 :14 avaient un frottis de nez où le bacille de Hansen était présent, 5 avaient un frottis négatif, 39 malades n'étaient pas porteurs de sinusite ; sur ces 39 cas, 14 avaient un frottis de nez positif au moment de l'examen, 25 avaient un frottis négatif.

Parmi les formes tuberculoïdes, nous avons trouvé sur 20 cas : 7 sinusites chez des malades à frottis de nez négatif, 7 sinus stériles dont 2 avec frottis de nez faiblement positif.

La forme indéterminée et la forme "border-line" étaient indemnes de sinusite.

Ces résultats nous permettent d'affirmer la fréquence plus grande des sinusites à germes banaux chez les lépreux lépromateux que chez les lépreux tuberculoïdes. Il existe un parallélisme entre la positivité des frottis nasaux vis à vis du bacille de Hansen et la fréquence de la sinusite. Par ailleurs dans les 6 cas où le bacille de Hansen a été trouvé simultanément dans le nez et dans le sinus, il s'est agi de formes lépromateuse. Dans 1/3 des cas de sinusite, nous avons relevé une polyvalence microbienne, l'association la plus fréquente a été staphylocoque bacille de Frisch, puis staphylocoque Klebsiella ozenae, mais il y a toujours eu prédominance d'un germe. La polyvalence microbienne est survenue chez des lépreux évoluant déjà depuis un certain temps et présentant des lésions destructives avancées. Il semble exister une relation entre la polyvalence et la chronicité de la lèpre et de la sinusite. Les radiographies de ces malades montrent en outre des épaississements de la muqueuse sinusienne particulièrement importants.

CHAPITRE VI

Observations

Nous isolerons dans ce chapitre les six observations des malades ayant présenté des bacilles dans leur sinus. Voici le résumé de leurs observations :

Observation N° 1 -

L. Bouziane. H. 104 J 248-61 : malade de 30 ans, porteur d'une lèpre lépromateuse ayant débuté en 1956, présentant un prurit généralisé et une griffe cubitale bilatérale.

L'examen O.R.L. montre : un effondrement de la pyramide nasale, une sténose vestibulaire droite. La cloison est entièrement détruite dans sa portion cartilagineuse. Au niveau du cavum on découvre d'importantes lésïons lépromateuses. Le malade se plaint de céphalées. La radiographie standard montre :

a) une agénésie du sinus frontal droit,

b) un voile des deux sinus maxillaires.

Le frottis de nez ne révèle pas la présence de Hansen, bien que le malade n'ait subi qu'un traitement antilépreux d'un mois à base de D.D.S. Le liquide de barbotage est stérile, il n'y a pas de Hansen. La réaction de Mitsuda est négative, la cuti-réaction positive.

L'intervention est décidée sur l'aspect clinique et radiologique. Voici le résultat de la biopsie sinusienne : infiltrat lépromateux surinfecté ; jeune évolutif. (Dr Bru et Rollier)

La coupe anatomopathologique montre l'existence d'un important infiltrat sous épithélial de cellules épithéloïdes et de rares cellules géantes à noyaux multiples de type Langhans. Cet infiltrat est séparé de l'épithélium par un croissant clair quasi pathognomonique. (Prof. J.F. Martin).

La coloration de Ziehl met en évidence la présence de bacilles intracellulaires.

Observation N° 2 -

Fatima H., H 81. J 259-61 : malade porteuse d'une lèpre lépromateuse ayant débuté en 1951, dépistée en juin 1961 et traitée depuis par le D.D.S. ; présente des lésions bulleuses des bras, des avant-bras et des jambes. L'examen O.R.L. montre une rhinite croûteuse avec destruction des cornets ; sur la cloison on note des lésions lépromateuses. La biopsie cutanée est positive. Les frottis de peau et de nez sont positifs. Dans le liquide de barbotage, on trouve des bacilles de Hansen associés à un staphylocoque pathogène et à du Klobsiella ozenae. Un Cadwell Luc bilatéral est décidé. L'intervention a lieu le 4/10/61, alors que la malade a été préalablement drainée pendant 10 jours avec un cathéter en polythène. L'anatomopathologiste (Dr. Bru et Rollier) répond : granulome lépromateux jeune et évolutif.

Cependant si dans cette coupe on retrouve les caractères de l'infiltration lépreuse, on est frappé par la prédominance des cellules éosinophiles et par l'envahissement du croissant clair sous épithélial. Il s'agit donc pour le professeur Coudert d'une image de lèpre sinusienne de type indéterminé.

Observation N° 3 -

M. Hamida, H 61, J. 238-51 : lépreuse depuis 1958, dépistée en juin 1961, présente des infiltrats de la face, des lésions lépromateuses des avant-bras, une chute des sourcils et une perte de la sensibilité symétrique aux membres inférieurs.

L'examen O.R.L. montre :

1) une pharyngite hypertrophique avec un épaississement marqué de la luette,

2) une sténose vestibulaire bilatérale,

3) des lésions lépromateuses de la cloison,

4) un paquet de pus dans le cavum.

Les frottis cutané et nasal sont positifs ; les biopsies cutanée et nasale montrent de gros nodules lépromateux jeunes et évolutifs et on trouve des bacilles de Hansen dans le barbotage sinusien.

Un Caldwell Luc gauche est fait à visée biopsique le 20/9/1961.

L'anatomo-pathologiste répond : lésions de sinusite banale. Au niveau de la muqueuse nasale, gros nodules lépromateux, jeunes et évolutifs.

Observation N° 4 -

A. Bouchayb, H 86, J. TO 56, 25 ans : lèpre débutant en 1951, dépistée et traitée depuis 1956. Pendant 2 ans le malade a reçu du D.D.S. ; depuis il est traité par l'association D.D.S., Smilax.

Il s'agit d'une lèpre lépromateuse avec biopsie cutanée positive. Les lésions sont les suivantes : léprome de la lèvre inférieure, des joues, des avant-bras, des mains s'accompagnant de la chute des sourcils. La réaction de Mitsuda est négative, ainsi que la cuti-réaction à la tuberculine.

Les frottis de nez révèlent la présence de Hansen ainsi que le liquide de barbotage. L'examen O.R.L. montre : une rhinite croûteuse avec perforation basse de la cloison. On note des lépromes du palais et des synéchies des piliers postérieurs. Un pus abondant s'écoule du cavum.

Observation N° 5 -

A. Lahcen, 16 ans, H 29, N° 225-61 : lèpre de type lépromateux, dont le début est mal précisé, dépistée il y a 1 an, n'a jamais été traitée, le malade présente des douleurs cubitales. Du point de vue O.R.L. on note un épaississement lépromateux de la cloison, une atteinte de la base de la langue et de la luette. Les frottis et la biopsie cutanés sont positifs. Le Mitsuda est négatif ainsi que la cuti-réaction. Le frottis de nez montre d'abondants bacilles de Hansen.

Le liquide de barbotage fourmille de bacilles de Hansen associés à un staphylocoque pathogène.

La radiographie montre un voile peu homogène des deux sinus maxillaires. Le lipiodol évoque des images polypoïdes. Un drainage par cathéter en polythène a été entrepris pendant 10 jours. Le Caldwell-Luc est décidé mais n'a pu être exécuté à cause du départ du malade.

Observation N° 6 -

K. Ahmed, 24 ans, présente une lèpre, de type lépromateux, vieille de 2 ans et qui a été traitée depuis 5 mois par le D.D.S. associé au Smilax.

Cliniquement, il présente quelques infiltrations de la face et des avant-bras. L'examen O.R.L. ne montre qu'une rhinite croûteuse. La réaction de Mitsuda, ainsi que la cuti-réaction tuberculinique sont, chez lui, négatives.

Les biopsies cutanées, ainsi que les frottis de peau sont positifs.

Les frottis de nez et les liquides de barbotage fourmillent de bacille de Hansen.

Un staphylocoque pathogène est isolé du sinus. La radiographie montre un épaississement notable de la muqueuse sinusienne. Malheureusement ce malade n'a pas pu être opéré.

L'observation 1 est intéressante par le fait que le frottis nasal et le liquide de barbotage étaient indemnes de Hansen. L'intervention a été décidée sur l'aspect clinique du malade et sur l'image radiologique du sinus. Il est donc possible que le nombre de sinusites lépreuses spécifiques soit, dans notre série, supérieur à six.

Cependant 12 malades lépreux, porteurs de lésions nasales importantes ont été précédemment opérés par le docteur H. Sergent et chez aucun d'entre eux des lésions lépreuses anatomiques ont pu être trouvées dans le sinus.

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, de publication faisant état de la mise en évidence de lésions lépreuses histologiques au niveau de la muqueuse sinusienne. Il nous a donc paru utile de rapporter cette observation.

L'observation 2 a permis de mettre en évidence la présence de bacilles de Hansen à la fois dans le sinus et dans le nez, en même temps qu'existent des lésions anatomiques de lèpre sinusienne avec bacilles intracellulaires. Les lésions de surinfection ont été, dans ce cas, négligeables mais cependant présentes.

Mais nous insistons sur deux points :

1°) Notre malade, classé lépreux lépromateux en regard de la classification internationale de Madrid, est porteur de lésions lépreuses sinusiennes manifestement de type indéterminé. Ce fait confirme que, malgré les efforts prolongés des léprologues, la classification de la lèpre demeure imprécise et basée sur des critères discutables. (Professeur Coudert).

2°) le diagnostic anatomopathologique du type de lèpre est un diagnostic difficile, même pour des anatomo-pathologistes très entrainés.

L'observation 3 n'offre que peu de particularité. Elle n'a été exposée que parce que le malade se trouve parmi les opérés de la série ayant subi une intervention à des fins biopsiques. Elle permet de se ranger aux conclusions antérieures du docteur Sergent qui a montré la fréquence des sinusites banales chez les lépreux malgré la mise en évidence de bacille de Hansen intrasinusien.

La mise en évidence de bacille de Hansen dans les sinus est donc loin de signifier lèpre sinusienne.

Les trois derniers malades bien que porteurs de bacilles de Hansen à la fois dans le nez et dans les sinus n'ont pas pu être opérés. Il s'est agi de malades qui ont regagné leur foyer avant que l'intervention ait pu avoir lieu.

Il nous faut comparer cette série d'opérés à un groupe de 12 malades examinés antérieurement par le docteur Sergent et son équipe et chez lesquels le bacille de Hansen a été trouvé dans le sinus. Les frottis nasaux n'ont pas été effectués concomittamment au barbotage sinusien chez ces malades. Il est important de noter que chez aucun de ces douze opérés il n'a été trouvé de lésions lépromateuses de la muqueuse sinusienne. On peut dire que la découverte de bacilles de Hansen dans les sinus ne signifie pas inéluctablement lésions lépreuses de la muqueuse. Par contre, la mise en évidence de lésions lépromateuses au niveau de la muqueuse sinusienne, chez deux de nos trois opérés permet d'affirmer la réalité de l'atteinte lépreuse des sinus.

TRAITEMENT

La plupart des malades porteurs de sinusites que nous avons examinés étaient traités pour leur lèpre. L'hétérogénéité de leur recrutement, et la durée variable du traitement subi par chacun rendent illusoires pour cette série les considérations sur l'influence de la thérapeutique anti-lépreuse sur les sinusites.

Chaque fois que cela a été possible, les sinusites avérées ont été ponctionnées, cathétérisées et des instillations tri-quotidiennes d'antibiotiques locaux ont été pratiquées pendant au moins dix jours. Des améliorations notables du point de vue fonctionnel ont été obtenues dans bien des cas.

Nous avons opéré par système trois des cas où des bacilles de Hansen ont été trouvés concomittemment dans le sinus et dans le nez. Les trois autres malades ont quitté le service avant que l'intervention ait pu être pratiquée.

Deux de ces malades ont présenté des lésions lépromateuses de leur muqueuse sinusienne. Six malades chez qui la sinusite n'était pas seulement spécifique, ont été singulièrement améliorés par un Caldwell Luc bilatéral. Il en a été particulièrement ainsi dans une série de douze malades opérés.

Pour d'autres l'importance des lésions radiologiques semblent indiquer une intervention. Nous nous rangeons à l'avis de Rollier pour qui les sinusites des lépreux doivent être traitées comme des sinusites banales pourvu que le traitement anti-lépreux général soit poursuivi.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié une série de 106 lépreux recrutés dans un service de dépistage et de traitement. Après les avoir classés du point de vue léprologique selon les normes adoptées au congrès de Madrid en 1953, nous avons fait une étude clinique, radiologique, bactériologique et anatomo-pathologique de leur état sinusien.

Chez 35 de nos malades, soit un peu plus d'un tiers des cas, nous avons trouvé des sinusites à germes banaux. Le staphylocoque a été, dans la plupart des cas, l'agent responsable. Ces sinusites ont été plus fréquentes dans les formes lépromateuses de lèpre et se sont accompagné de lésions nasales le plus souvent importantes.

Par contre, dans 6 cas, il a été trouvé des bacilles de Hansen à la fois dans le nez et dans les sinus. Deux fois cette présence de bacille s'est accompagnée de lésions histologiques de type lépromateux de la muqueuse sinusienne. Même lorsque les cultures se sont avérées stériles pour les germes banaux, les lésions anatomo-pathologiques n'ont jamais été uniquement lépromateuses, mais en même temps inflammatoires banales.

Il résulte de ces constatations que la réalité de la lèpre sinusienne peut être affirmée.

Il n'en reste pas moins que la plupart des sinusites rencontrées chez les lépreux sont des sinusites banales, non spécifiques et justiciables des thérapeutiques habituelles de cette affection.

Le Président de la Thèse :

Pr. MOUNIER-KUHN
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 29 Novembre 1961.

Vu, le Doyen :

H. HERMANN

Le Recteur, Président du Conseil
de l'Université

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

BERINI FIRRAN J. Lésiones rino-faringolaringologicas en la lepra, Anales di Medicina Barcelona, 1957, 43/2 junior, p. 135.

BRU P., ROLLIER R. Ponction biopsie du foie dans la lèpre, étude de 38 cas traités ou non traités, Maroc médical, Nov. 1957, n° 390, p. 1194-1203.

CHAUSSINAND R. La lèpre, 1950, Expansion scientifique française, Paris.

CHAUSSINAND R. La réaction de Mitsuda, indice de l'immunité relative anti-lépreuse, acta tropica, V 1948, p. 160 et Ve congrès international de la lèpre, La Havane, 1948.

CHAUSSINAND R. Classification de la lèpre au congrès du Caire. Int. Journal of leprosy VI, 1938, p. 371.

DHARMENDA ET LOWE J. Studies of the lepromine test, leprosy review, XVII, 1943, p. 9.

DUMAS Traité de bactériologie, Flammarion.

LE MEE J., DEBAIN J.J. Encyclopédie médico-chirurgicale, la lèpre nasale, 1951, p. 20.375.

MAROC MEDICAL La lèpre, nov. 1957, n° 390, p. 1.007 à 1.230.

MEMORIA del VI Congresso international de leprologica, Madrid 1953.

NEGRE A., FONTAN R. Aspects radiologiques des lésions osseuses de la lèpre, J. radiologique, électrologie, 36, 3-4-141-154, 1955.

J. REYNAUD, J. BEL et R. PINEAU - Lésions radiologiques maxillo-nasales et sinusiennes chez les lépreux d'Afrique occidentale. Congrès de la Soc. Fr. d'O.R.L., oct. 1960.

REYNAUD J., LANGUILLON J. Lésions osseuses, nasales et maxillaires supérieures dans la lèpre en Afrique occidentale : acta rhinolaryngologica belgica, tome 15, fasc. 2, 1961.

SARROLA La lèpre en O.R.L., Maroc médical, 1957, p.1181-1184.

SERGENT H. La lèpre nasale et sinusite associée, Presse médicale N° 69, avril 1961, p. 848-849.

SERGENT, C. de BLAINVILLE, GERARD Guy - Les sinusites des lépreux, Maroc médical, Fév. 1961.

SERGENT H. Congrès de la Soc. Fr. d'O.R.L., octobre 1960.

SHEPARD CC . Acid fast bacille in nasal excretions in leprosy and results of inoculation of mice. American journal of hygien, 71/2, Baltimore, March 1960.

TETU I., APOSTOL N., BERNEA A. - Lésions oto-rhino-laryngologiques dans la lèpre, oto-rhino-laryngologie, 4/1, Bucarest, ianurie martre, 1959.

WADE H.W. The bacteriological examination in leprosy (Leprosy Review, 1935, n° 2).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 17

CHAPITRE PREMIER - Rappel nosologique de la lèpre et classification internationale 18

CHAPITRE II - Classement des malades en fonction de leur type de lèpre 23

CHAPITRE III - Signes fonctionnels au cours des sinusites des lépreux 28

CHAPITRE IV - Signes physiques 32

CHAPITRE V - Techniques d'examens bactériologiques 38

CHAPITRE VI - Observations et remarques 42

TRAITEMENT 48

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 50